# Al Dirigente Scolastico del

# Liceo Classico e delle Scienze Umane-Plauto-

# Via Augusto Renzini, 70-Roma

# CONFERMA DELL’OPZIONE POTENZIAMENTO SCIENTIFICO

# (solo per l’iscrizione alle classi del triennio)

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a per l’a.s. 20…../20…. alla classe \_\_\_ sez.\_\_\_\_\_indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare la classe per la quale si sta chiedendo la conferma dell’iscrizione) dichiarano

* di essere a conoscenza che il proprio figlio **maggiorenne**
* che il proprio figlio **minorenne**

OPTA PER LA SCELTA QUI DI SEGUITO CONTRASSEGNATA:

* Scelta di CONFERMARE la scelta del Potenziamento Scientifico
* Scelta di RINUNCIARE alla scelta del Potenziamento Scientifico

**consapevoli che la scelta ha effetto per l’intero anno scolastico.**

Firma dello studente (se maggiorenne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\* **IN CASO DI IMPOSSIBILITA’ DI FIRMA DA PARTE DI UN GENITORE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_